



**Hospital  
Santa Catarina**  
Associação Congregação de  
Santa Catarina

Nome completo do paciente:

Data de nascimento:

ou

Etiqueta do paciente

**TERMO DE ANUÊNCIA - TRANSPLANTE DE ÓRGÃO**

À CENTRAL DE TRANSPLANTES

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ inscrito na Central de Transplantes para fins  
de transplante \_\_\_\_\_ (Órgão), declaro que opto em ser transplantado no Hospital Santa Catarina, pela equipe do Dr°  
\_\_\_\_\_.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Nome do Responsável / Grau de parentesco

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico responsável

\_\_\_\_\_  
CRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ Carimbo